

## Особенности бактериальной транслокации при панкреонекрозе

Научный руководитель – Муравьев Сергей Юрьевич

*Петрова Т.О.<sup>1</sup>, Петрова А.А.<sup>2</sup>*

1 - Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Лечебный факультет, Рязанская область, Россия, *E-mail: petrova23\_98@mail.ru*; 2 - Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Лечебный факультет, Рязанская область, Россия, *E-mail: petrova0398@mail.ru*

**Введение.** Судьба пациентов с панкреонекрозом во многом определяется в первые 3 суток от начала панкреатита, но большинство пациентов поступает позже, что увеличивает риск инфекционных осложнений.

**Цель:** изучить особенности бактериальной транслокации при панкреонекрозе и их влияние на течение и исход заболевания.

**Материалы и методы.** Исследовано 46 случаев больных с панкреонекрозом проходивших лечение в ГБУ РО «ГКБСМП» г.Рязани за 2016-2017 годы. Изучались: пол, возраст, сопутствующие заболевания, показатели крови, осложнения. После забора экссудата проводился посев.

**Результаты.** В ходе исследования со стерильным панкреонекрозом (СП) было выявлено 34 (73,9%) пациента, с инфицированным панкреонекрозом (ИП) - 12 (26,1%), 3 (25%) из которых имели несколько возбудителей. Мужчин и женщин было по 50% популяции.

Панкреонекроз всегда сопровождался признаками эндогенной интоксикации в сочетании с иммунодефицитом (лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ).

Для пациентов со СП характерна нормальная температура тела, нормальный уровень печеночных ферментов и амилазы. При сочетании СП с ЖКБ (5,8%) в 100% случаев развивалась механическая желтуха с увеличением уровня печеночных маркеров и субфебрилитетом. Осложнениями были оментобурсит (26%), парапанкреатический инфильтрат (23,5%), ферментативный перитонит (8,8%), асцит (5,9%). Течение СП характерно для пациентов с ХСН и бронхиальной астмой.

ИП в зависимости от возбудителя имел различную клиническую картину. При инфицировании *Serratia Marcescens* ИП сопровождался развитием пиретической лихорадки без признаков поражения печени. При *Klebsiella Pneumoniae* встречались поражение печени с повышением уровня АСАТ (до 495,7 ммоль/л), АЛАТ (до 339,5 ммоль/л) и амилазы (до 204 х ммоль/л), в сопровождении с субфебрилитетом, пневмонии (66,7%) и плеврита (33,3%). Для *Acinetobacter Boumani* (6,5%), *Acinetobacter Iwoffii* (2,2%), *Enterobacter Clocae* (2,2%), *Esherichia Coli* (4,4%) характерна клиника СП без повышения температуры тела и поражения печени. ИП в 83,3% осложнялся оментобурситом (41,6%), парапанкреатическим инфильтратом (16,7%), флегмоной (25%) и перитонитом (8,3%). В 50% случаев ИП возникал на фоне ССЗ (ГБ - 41,6%; СН - 8,4%), хронического пиелонефрита (8,4%) и пневмонии (16,8%). В 9 (75%) случаях ИП высевались микроорганизмы, относящимися к группе ESKAPE-патогенов (*Klebsiella Pneumoniae*, *Staphylococcus Aureus*, *Acinetobacter Boumani*, *Enterobacter Clocae*).

**Выводы.** Течение панкреонекроза зависит не только от исходного состояния пациента, но и от условий для возникновения бактериальной транслокации. Вид микробного агента влияет на исход некроза поджелудочной железы.